

FICHE RECAPITULATIVE

A remplir par l'administration à chaque passage devant la Commission de Réforme
Territoriale et **Uniquement pour les agents affiliés CNRACL**

Considérez-vous comme possible un risque de contentieux administratif avec cet agent ?

OUI NON

NOM et Prénom de l'agent:

NOM Patronymique:

Date de naissance:

N° de Sécurité Sociale:

N° d'affiliation CNRACL :

Adresse de l'agent:

Grade:

Catégorie (A - B - C) :

Métier(s) exercé(s):

Service:

Latéralité : Droitier Gaucher

Date d'embauche dans la collectivité ou établissement public :

ADMINISTRATION(S) DONT RELEVE L'AGENT (si plusieurs employeurs publics, merci de préciser l'ensemble des administrations employant l'agent):

OBJET DE LA DEMANDE: (imputabilité au service de l'accident du travail, prolongations des arrêts de travail, hospitalisation, kinésithérapie, transport, soins, rechute, temps partiel thérapeutique, maladie professionnelle, ATI, retraite pour invalidité, tierce personne...)

Jour et heure de l'accident:

Lieu:

CIRCONSTANCES PRECISES ET DETAILLEES DE L'ACCIDENT:

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL ETABLI LE:

Par le Docteur :

NATURE ET SIEGES DES LESIONS:

Nature :

Sièges :

CERTIFICAT FINAL (guérison ou consolidation) :

DEPENDEZ-VOUS DE LA MEDECINE PREVENTIVE DU CDG71 : OUI NON

Si non, précisez nom et adresse du médecin de prévention concerné :

TEMOINS (joindre les déclarations des témoins datées et signées)

OUI ou NON

Nom et Prénom des témoins:

A.....Le.....

Signature et cachet de l'établissement